



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I. C. "ALBERTO MANZI"

Sede Via del Pigneto, 301 - Tel.06/299109 – 06/21729322 - fax 06/2757257 - 00176 Roma

Sede. Via L.F. De Magistris, 15 - Tel. 06/21710108 – fax 06/21729406 – 00176 Roma

Sede Via del Pigneto, 104 Tel 06/299108 Fax 06/21729308- 00176 Roma

RMIC82400C

Al dirigente scolastico
Dell'Istituto comprensivo "Alberto Manzi"
Via Del Pigneto, 301 Roma
Sede

Oggetto: relazione infortunio

Il/la sottoscritto/a in servizio presso la sede di

in qualità di relaziona sull'infortunio di seguito descritto, per gli
adempimenti del caso.

- Data e ora dell'accaduto
- Luogo
- Attività (al momento dell'accaduto)
- Cognome e nome dell'infortunato/a
- Classe
- Indirizzo
- Telefono

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

In conseguenza di quanto sopra descritto l'fortunato/a riportava i seguenti danni:

.....
.....

L'fortunato/a è stato subito soccorso/a da

con (descrivere i primi soccorsi resi)

e sono state prese le seguenti iniziative

.....

e avvertita immediatamente la famiglia dell'alunno.

Ha raggiunto il luogo dell'fortunio il/la sig. genitore dell'alunno alle ore.....

oppure

In conseguenza di quanto sopra descritto l'fortunato/a non riportava alcun trauma o lesione, né manifestava sintomi preoccupanti.

Veniva avvertita comunque la famiglia dell'alunno.

Ha raggiunto il luogo dell'fortunio il/la sig. genitore dell'alunno alle ore.....

Persone presenti al momento dell'accaduto:

.....

DATA

FIRMA

.....

.....



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I. C. "ALBERTO MANZI"

Sede Via del Pigneto, 301 - Tel.06/299109 – 06/21729322 - fax 06/2757257 - 00176 Roma

Sede. Via L.F. De Magistris, 15 - Tel. 06/21710108 – fax 06/21729406 – 00176 Roma

Sede Via del Pigneto, 104 Tel 06/299108 Fax 06/21729308- 00176 Roma

RMIC82400C

:

**Dichiarazione di rinuncia, da parte dei genitori dell'infortunato all'accompagnamento
al Presidio Ospedaliero**

Il/la sottoscritto/a _____, padre/madre dell'alunno/a

nato/a _____. il ___/___/___, iscritto/a e frequentante per l'a.s. 20__/_ la classe ____.. sez.

__ della Scuola Primaria/secondaria dell'istituto comprensivo (plesso

_____ . sito in via l _____

Dichiara di rinunciare all'accompagnamento del proprio figlio al Presidio Ospedaliero e solleva la

Scuola dalla responsabilità di tale scelta

Data

Firma
